

## 急性期および亜急性期リハビリテーション

佐々木 庸

水の都病院 脳卒中診療部

水の都附属リハビリテーションクリニック 回復期リハビリテーション部

(平成12年9月19日受付)

### はじめに

第四次医療改正により、従来医療保険一つに括られていた脳卒中治療体制は、医療保険と介護保険の2本だてによる治療完結体制に大きく変更されている。その上、急性期および亜急性期治療の期間の定義が、大幅に圧縮され、急性期は発症より3週間以内(次期医療改正においては2週間)、亜急性期も発症より1ヵ月以内のみを意味するようになった。しかも発症6ヵ月以降においては医療保険下での治療継続は困難となり、介護保険下による維持期という概念が定着し、医療保険と介護保険の間、具体的には発症より1～6ヵ月の期間を新たに回復期と設定し、発症3ヵ月以内の医療型回復期と、発症3～6ヵ月の介護型回復期に大別されていくものと考えられる<sup>3)</sup>(表1)。

以上のような新旧体制の混在する現状において、従来の医療保険だけによる脳卒中治療完結体制は旧式とならざるをえなくなり、今後は医療保険と介護保険との連動による治療完結体制の整備が不可欠になると考えられる(表2)。

### リハビリテーションの開始時期について

今後、医療保険下での治療期間が短縮されてくる状況を踏まえた場合は、1日も無駄にしない、できるだけ早期からのリハビリテーション開始が望ましい事は疑う余地のないところだと思う<sup>1,4)</sup>。

当院では、基本的なコンセプトとして、発症から限り無く早期にリハビリテーションを開始するようにしている。具体的には、脳梗塞疾患は発症当日よりできるだけリハビリルームに誘導し開始している。もっとも心源性塞栓を疑う場合はリハビリでの機械的な振動で再発を起

表1 次世代の各フェーズの新たな定義について

フェーズ	発症からの期間	保険体制
急性期	発症2週間以内	医療保険
亜急性期	発症4週間以内	医療保険
医療型回復期	発症1～3ヵ月	主に医療保険
介護型回復期	発症3～6ヵ月	主に介護保険
維持期	発症6ヵ月以降	介護保険

表2 各フェーズでの施行施設の流れ

急性期	亜急性期	水の都脳神経外科病院
医療型回復期		回復期リハビリテーション病院へ依頼 水の都リハビリテーションクリニック
介護型回復期		協力頂いている介護施設へ依頼 介護保険施設 水の都キュアセンター

す危険性が有るため、念のため意図的に開始時期を遅らせている。また、脳出血の場合は、経静脈による血圧降下剤投与の必要性がなくなり、血圧安定を獲得できる発症3日目を目安に開始している。また、それ以外の重症昏睡例もベッドサイドR.O.Mは最低限施行している(表3)。

概して、現在までにリハビリテーションの急性期施行による再出血等の弊害はなく、医師や看護サイドとリハビリテーションサイドのコンタクトを密にする事で、発症後極めて早期から安全に行えるものと感じている<sup>2,3)</sup>。

### 急性期および亜急性期リハビリテーションのもたらすもの

急性期および亜急性期からリハビリテーションを開始する事でもたらされる大きな特徴として、極めて地味か

表3 リハビリテーション開始の適応について

脳梗塞	
穿通枝梗塞	発症当日からリハビリルームで開始
脳主幹動脈梗塞	発症当日からベッドサイド開始
心源性脳塞栓症	発症3日目よりベッドサイド開始
脳出血	
手術例	術後血圧安定後よりベッドサイド開始
保存例	血圧安定後よりリハビリルームで開始
クモ膜下出血	
ドレナージ留置期	クランプし、ベッドサイドR.O.M
ドレナージ抜去後	血管れん縮後はリハビリルームで開始

も知れないが、回復期になった患者に筋肉の拘縮を認める事がまずないと言う事だと思う。ただそれだけで、回復期に驚く程の身体機能の向上が獲得される。そうすると、回復期でのいわゆる、ふっと落ち着く、安定期の訪れが円滑に早期化されてくる。

さらに、その安定期の早い訪れがもたらすものとして、具体的には、2号保険対応患者の場合、介護度2レベル以下の場合には必ずといっていいほどに在宅治療に移行され、介護申請による施設入所者は介護度3レベル以上に限定される傾向に有り、結果として医療保険治療期間の健全な短縮化が誘導されている。

また、1号保険対応患者の場合は、長期的な医療保険下での治療の継続の必要性が低下し、発症から3ヵ月の段階で介護申請を行う事が無理なく可能になっている(表4)。

#### 急性期リハビリテーションの根付く困難性について

以上の説明から、いいことづくめの急性期および亜急性期リハビリテーションだが、組織的にそれを根付かせる事は意外と困難である。まず、リハビリテーションの各フェーズの特色を簡潔に説明すると、最も患者が精神的にも身体的にも充実しており、スタッフサイドも手ご

表4 急性期および亜急性期リハビリテーションのもたらすもの

2号保険対応患者	
在宅治療希望の場合	医療保険による入院治療の早期完結
施設治療希望の場合	介護度3以上のみに限定される傾向
1号保険対応患者	
在宅治療希望の場合	介護度2以下の在宅移行の可能性増大
施設治療希望の場合	介護申請の早期化

たえを感じるのはなんとといっても医療型回復期になる。

これに対して、急性期および亜急性期は、発症間もないこともあり、患者だけでなく家族までもが麻痺という特殊な状況に精神面がおいつかず、大なり小なりのパニックを起されていることもあり、リハビリテーション意欲をかき出す事が難しいのが現状である。

しかも、急性期の場合は、重症患者も多く意外とベッドサイドの地味な業務内容が主をしめており、スタッフの意欲を高く維持する事は決して容易ではない。

そこで、工夫として、すべてのスタッフに6ヵ月毎に医療型回復期を経験させ、急性期に万が一にでも拘縮を起してしまうと回復曲線が大きく低下してしまう事を心の奥から自発的に理解をさせる。そうしてさらに維持期も理解させる事で、脳卒中治療完結に向けての永い全体の流れの中で急性期、亜急性期という存在価値をゆっくりと時間をかけて認識させていく。

そうすると、急性期という、一見地味で種まきの要素の強いフェーズも、その先の収穫をイメージできるようになれば、おのずとベッドサイドへのアプローチの足も軽くなっていくようで、実際その理解が強く心に刻まれたスタッフ程、患者に対して心に響くパフォーマンスが出来ているのも事実である。

また、最近ではスタッフから、急性期、亜急性期の患者には日曜日と祭日もなく、医療施設の都合でもっとも大切なかけがえのない時間を無駄にはできないという空気が出来てきた。確かに自分が麻痺を起した時の状況を想像すると、わらをも掴みたい時のわらであると認識する。

しかしながら、残念な事に、この辺の事情においては、縦割りの現在の1ヵ月毎の保険報酬監視体制においては、超急性期ですら1ヵ月間でのリハビリテーション回数が制限されてくる傾向が有り、積極的に受け入れられ難い社会情勢である事も事実である。

それでも、スタッフから言われて気が着いた事で恐縮であるが、確かに土曜日、日曜日の発症の方にも平日の発症の患者との治療成績の差がでないようにしておく配慮も怠ってはいけない、といった空気も、急性期を預かる施設としては重要な課題である気がする。

#### メンタルケアとしての医療型介護支援専門員の重要性について

脳卒中患者の場合、新たに創設された介護保険に対し

て潜在的な不安感を非常に強く感じている。その事が誘因となり、施設の移動や、医療保険から介護保険への転換の際に円滑性を欠くのも事実である。

患者の不安はそのまま治療成績にも如実に影響する事から、これに対する対応として、亜急性期に入った段階で、今後3～6ヵ月間のおおまかな治療大系を説明する。まず、居宅治療への移行の可能性について十分検討し、その上で介護保険の利用を一つの選択肢として Positive なスタンスで説明していく。

そうすると、患者としては、この時期から脳卒中治療の全体像を把握できるわけであるから、患者や家族は、大きな一つの流れの中で、現在どのフェーズに位置しているかを柔らかに理解できる。そうすると自然な流れで、聞きなれない介護保険という存在が決してマイナスなものでは無くなってくる。

医療保険内から介護保険も見据えた上で脳卒中治療を組み立てていく、いわば脳卒中治療におけるミッドフィルダー的な役割をする、脳神経外科専門医としての役割と介護支援専門員としての役割を配分よく調査された、

表5 介護支援専門員 医療型及び介護型の役割分担について

医療型介護支援専門員

- 1 発症後6ヵ月間の中長期的展望に立った治療プログラム
- 2 介護保険利用でのメリットを前面に出した明るい説明
- 3 介護申請の時間的プログラム

介護型介護支援専門員

- 1 介護申請の代行
- 2 地域の介護もしくは療養型施設との連携による治療依託

医療型の介護支援専門員とでもいうべき人材を、徳島県全体で計画的に育成していくことは、徳島県の脳卒中治療ネットワークの構築において極めて重要な項目であると思う(表5)。

## おわりに

以上個人的な私見を述べてきたが、今後は少数の施設だけで脳卒中治療を完結する事は難しい時代に入ってきているように思う。よって、徳島県全体としての地域完結型医療体制を熟成する事を永い目標に据えた上で、全ての医療施設の良質な特性を相互利用しあうような、健全で前向きな競争意識を保持したネットワーク体制を、時間がかかってでも構築していく事が重要であると思っている。

## 文 献

- 1) 近藤克則：急性期における早期離床の重要性．  
Journal of Clinical Rehabilitation ,6(1): 1 ,1997
- 2) 佐鹿博信：日本における脳卒中急性期リハビリテーションの標準化—プロトコールを中心に．  
Journal of Clinical Rehabilitation ,8(1): 5～8 ,1991
- 3) 原寛美：私の脳卒中急性期 リハビリテーション．  
Journal of Clinical Rehabilitation ,8(1): 3～7 ,1999
- 4) 二木立：脳卒中の早期リハビリテーション．医学書院，東京 ,1991 pp 55～58

## *Acute and subacute rehabilitation for brain stroke*

***Isao Sasaki***

*Department of brain stroke, Mizu-no-Miyako Hospital, and Department of Recovery Rehabilitation, Mizu-no-Miyako Rehabilitation Clinic, Tokushima, Japan*

### SUMMARY

The circumstance of medicine for brain stroke have been changing last two years. Stroke patient can't complete their treatment only with ordinary medical insurance. Medical doctors for brain stroke have to prepare another choice, for example, care insurance. Next 10 years, department of brain stroke should serve high qualified rehabilitation from acute phase, and treat patients with both of medical and care insurance. Tokushima Medical Institutes should understand such circumstance, and try to unify one big network system for brain stroke patients, beyond ordinary relationship between private and public.

Key words : Acute rehabilitation, care insurance, brain stroke